

치매노인 가족부양자의 간호방법에 대한 치매교육의 효과

유광수 · 소은선

전북대학교 간호대학 · 간호과학연구소

The Effectiveness of Dementia Education for the Nursing Method of Family Caregivers of the Demented Elderly

Yoo, Kwang Soo · So, Eun Sun

College of Nursing · Research Institute of Nursing Science, Chonbuk National University, Jeonju, Korea

Purpose: This study attempted to identify the effectiveness and substantiality of a dementia education program for family caregivers of the demented elderly. **Methods:** This quasi-experimental study using a nonequivalent control pretest-posttest design was carried out from April 15 to July 29 in 2012 with 137 subjects divided into an experimental group (n=70) and a control group (n=67). This study examined the subjects' general characteristics, and evaluated their nursing method four times, respectively, before the intervention, right after the intervention, and 2 and 4 weeks after the intervention, and then analyzed collected data through t-test and χ^2 -test. **Results:** In the experimental group that had received the dementia education, the nursing method score was significantly higher right after the intervention ($t=8.33, p<.001$) and 2 weeks after the intervention ($t=8.01, p<.001$) than before the intervention, but their score 4 weeks after the intervention was not significantly different from that of the control group ($t=1.08, p=.28$). **Conclusion:** The dementia education was found to be effective in improving the nursing method of family caregivers of the demented elderly. This study implies that further follow-up dementia education is necessary between 2 and 4 weeks to maintain the effectiveness.

Key Words: Family caregivers, Nursing, Dementia, Education

서 론

1. 연구의 필요성

인구의 고령화로 치매노인은 매년 급증하고 있으며, 65세 이상 노인 11명 중 1명이 걸릴 정도로 흔한 질병인 치매는 개인의 품위를 유지할 수 없을 정도로 인격이 황폐화되고 독립적인 일상생활이 어려워 가정에 큰 부담을 주고 있는 질환이다[1].

세계보건기구는 현재 전 세계의 치매 노인은 약 3,560만명 정도이며 2030년에는 6,570만명으로 현재의 2배가량으로 증

가할 것이며 2050년에는 인류 전체의 1.3%인 1억1,540만명이 치매노인일것라고 하였다. 이처럼 치매노인이 증가하여 1980년대 이후 후천성면역결핍증이 폭발적으로 늘어났던 것처럼 심각한 상황을 일으킬 수 있다고 보고 각국 정부에 치매를 우선적인 공공보건 문제로 고려할 것을 촉구하였다[2]. 우리나라는 2012년 치매노인이 전체 노인의 8.9%로 추정하였고 2020년에는 750,000명으로 전체노인의 9.7%, 2030년에는 1,135천명으로 9.6%, 2050년에는 2,127천명으로 13.2% 전망하면서 향후 치매노인이 급증할 것이라 하였다[3]. 이와 같이 지속적인 증가추세를 보이고 있는 치매노인에 대하여 우리나라는 현재

주요어: 가족부양자, 치매노인, 간호방법, 치매교육

Corresponding author: Yoo, Kwang Soo

College of Nursing, Chonbuk National University, san 2-20 Geumam-dong, Duckjin-gu, Jeonju 561-180, Korea.

Tel: +82-63-270-3126, Fax: +82-63-270-3127, E-mail: yks@chonbuk.ac.kr

Received: Dec 2, 2013 | Revised: Apr 25, 2014 | Accepted: May 8, 2014

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

까지 일본이나 미국과 같은 선진국이 행하고 있는 치매노인에 대한 국가적인 의료 복지 서비스가 미약한 상태이고 전통적인 효의 윤리와 가부장적인 가족체제로 가족에게 모든 부담이 지워지고 있어서 치매노인 가족부양자는 “잠재적 환자”, “제2 환자”가 되고 있으며 치매의 숨겨진 희생자로 불리고 있다⁴⁾.

가족은 가장 중요한 일차적인 사회 집단으로서 각 가족구성원의 질병발생과 회복에 중요한 영향을 미치는 집단으로 가족구성원과 물리적, 정신적 공간을 공유하여 협동과정, 문제해결 등의 여러 과업들을 효율적으로 수행해 나가는 체계이다. 또한 가족 구성원들의 하부체계를 구성하는 개방체계로서 구성원 간에 직간접으로 상호 관련을 맺고 서로 영향을 미치고 있어 가족 전체까지 영향을 미치고 있다. 만약 가족 구성원 중 한사람이 치매 환자라면 가족구성원 모두에게 스트레스를 주어 많은 영향을 미치게 되며 그러한 영향은 가족구성원들에게 긍정적 영향보다는 부정적 영향을 주게 된다. 이것은 치매가 다른 질병들보다 원인불명, 강제치료, 경제적 부담, 심리적 불안 그리고 사회적 압박감 등 질환자체의 특수성으로 가족구성원에게 미치는 영향이 더욱 심각하기 때문이다. 그리고 치매 노인은 인지 기능과 지적기능의 장애로 가족과 사회에 대한 의존성이 높은 사람들로써 다른 노인성 환자들에 비해 집중적이고도 장기적인 간호와 요양보호가 필요하게 되어 가족 모두에게 신체적, 정신적, 사회적, 심리적, 경제적으로 영향을 끼치게 된다. 더욱이 가족의 유형이 다양해지고 여성의 사회 진출이 확대되어 가족 내에서 여성의 역할이 변화되면서 자녀의 부양의식도 약화되어 가정에서의 요양보호능력이 약화되었다. 이에 정부는 2008년 7월 1일부터 노인장기요양보험제도를 시행하여 노인들의 건강증진과 생활안정을 도모하여 그 가족들의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 높이고자 하였다. 또한 치매·중풍 등 중증 질환 노인의 치료와 요양서비스를 담당하는 노인의료복지시설인 노인요양시설 및 노인전문병원을 2004년 382개소에서 2005년 583개소로 52.6% 증가시켰고 2008년 국공립치매 병원은 45개소, 요양병원은 632개소를 운영하고 있다³⁾. 현재 치매노인은 약 40만명으로 이 중 의료가관을 통해 적극적으로 치료를 받고 있는 경우는 32%에 불과하고 나머지 68% 치매노인은 가정에서 가족이 전담하여 간호를 하고 있어서 치매노인들을 부양하는 가족들의 간호방법에 대한 요구가 크게 증가하고 있다³⁾. 이와 같이 치매노인 가족부양자들의 간호방법에 대한 관심이 증가하고 있지만 이들 가족부양자들에게 실질적인 도움을 줄 수 있는 구체적인 간호방법은 잘 알려져 있지 않다. 이러한 실정을 감안하여 이들 가족부양자들에게 치매에 대한 올바른 간호방법을 교육하여 간호할 수 있도록 하여야 한다. 치

매와 치매가족에 관련된 연구들은 1990년대 중반부터 처음 이루어지기 시작하여⁵⁾ 치매노인의 가족부양자들의 부양부담 등에 대한 연구가 행하여지고 있지만⁶⁾ 치매노인 가족부양자가 집에서 치매노인의 문제행동에 대한 간호방법의 연구는 찾아보기 힘들다. 현재 우리나라는 정부가 치매에 대한 대책을 마련하고 있으나 전국적인 치매유병률 조사가 없으며 시설이나 병원에 입원하여 있는 치매노인에 대한 연구가 대부분이며 간호방법에서도 음악요법, 원예요법, 회상요법, 인정요법, 인지각요법, 행동수정요법 등의 간호중재가 대부분이다⁷⁾. 실제 치매노인 가족부양자들이 가정에서 수행하는 간호방법에 대한 연구는 거의 없다. 단지 치매노인의 부양실태와 재가복지서비스육구조사⁸⁾, 치매 환자 및 가족지지 프로그램 효과연구⁹⁾가 있을 뿐이다. Kinny와 Stephens¹⁰⁾은 시간이 지나면서 치매 정도가 점점 심각해지면서 가족부양자들도 부양과 관련된 여러 문제들에 적응하게 되어 간호방법을 습득하게 된다는 적응가설을 제시하고 있지만 치매노인 가족부양자들은 치매와 치매 환자의 간호방법을 알아야만 부담감이 감소¹¹⁾될 것이기 때문에 효과적인 간호방법에 대한 치매교육이 필요하다. 이에 본 연구는 치매노인 가족부양자들에게 치매교육을 실시하여 간호방법에 대한 효과를 교육 직후, 2주 후, 4주 후에 파악하여 간호방법에 대한 치매교육의 방향을 모색하고자 한다.

2. 연구목적 및 가설

본 연구의 목적은 치매 환자 가족부양자를 대상으로 치매교육을 실시하여 간호방법에 미치는 효과를 파악하기 위함이며 구체적 목적은 다음과 같다.

- 치매노인 가족부양자들의 일반적 특성, 부양이유, 사회적 지지를 파악한다
- 치매교육이 치매노인 가족부양자의 간호방법에 미치는 변화와 유지기간을 파악한다.

연구가설은 ‘치매교육을 받은 치매노인 가족부양자는 치매교육을 받지 않은 치매노인 가족부양자보다 시간이 경과함에 따라 간호 방법의 점수가 더 높을 것이다’라고 구축하였다

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 비동등성 대조군 전·후 설계를 이용한 유사실험 연구이고 실험처치는 치매교육으로 1시간 강의와 30분간 질

의응답으로 2주 간격으로 2회 실시하였다. 치매교육을 실시하여 치매노인가족부양자들의 간호방법의 변화와 유지기간을 분석하기 위하여 교육 전과 교육 직후, 2주 후, 4주 후를 조사하였다.

2. 연구대상

본 연구대상자는 전북 지역에 위치한 14개 보건소 중 협조가 가능하고 규모, 지역사회 특성, 인구구조, 치매노인 등록현황이 비슷한 보건소를 선택하여 실험군 2개 보건소, 대조군 2개 보건소를 결정하였다. 연구대상자수는 보건소 치매상담센터에 등록되어 있는 치매노인의 가족부양자 중에서 치매노인 간호방법에 대해 알고자하는 주 가족부양자로 실험군으로는 W군 보건소 30명, J군 보건소 40명이고 대조군으로는 N군 보건소 37명, I군 보건소 30명이다. PASS 8.0.9 프로그램 (NCSS LLC, Keysville, Utah)을 이용하여 검정력 .8, 유의수준 .05, 효과크기 .5로 산출한 결과 실험군 60명, 대조군 60명이었지만 탈락률을 감안하여 실험군 70명, 대조군 70명 총 140명을 선정하였으나, 대조군에서 3명의 설문지 작성이 불충분하여 3부를 제외하여 총 137명이다. 보건소장에게 연구목적과 연구방법, 기입요령 등을 설명하고 연구참여에 동의를 구하였고 치매노인 가족부양자들에게도 연구목적과 연구방법, 기입요령 등을 설명하여 연구참여에 동의를 구한 후 연구동의서에서 서명하도록 하였다. 치매노인 가족부양자가 원하지 않을 때는 언제든지 철회가 가능하며 연구목적 이외에는 결코 노출되지 않음을 설명하였다. 수집되어진 모든 관련 자료들은 익명으로 처리되었고 자료수집기간은 2012년 5월 4일부터 2012년 7월 4일까지이었다.

3. 치매교육 프로그램

치매교육 프로그램은 치매노인 가족부양자들이 알고 싶어 하는 내용과 Cho 등[3]이 발간한 ‘치매상담 매뉴얼(상담요원용)’과 ‘치매를 이겨내는 첫걸음(가족용)’ 등 각종 홍보물 등을 참고하여 이를 기초로 하여 치매교육 프로그램을 개발하고 예비조사를 실시하여 수정·보완하였다. 치매교육 내용은 치매의 정의, 인지기능장애 및 문제행동, 치매노인 간호방법(목욕과 위생, 의복 갈아입기, 화장실 사용과실금, 식사, 배회, 피해망상과 물건 감추기, 망상과 환각, 집안의 환경관리, 의사소통)으로 구성하였다.

4. 치매교육수행

치매교육은 2개 보건소에 등록된 치매노인 가족부양자 70명을 4개조로 나누어 제1회 교육은 5월 3일에서 5월 7일까지이며 교육내용은 치매의 정의와 인지기능장애 및 문제행동, 치매노인 간호방법(목욕과 위생, 의복 갈아입기, 화장실 사용과실금, 식사)이고 제2회 치매교육은 5월 17일에서 5월 21일까지이며, 교육내용은 치매노인 간호방법(배회, 피해망상과 물건 감추기, 망상과 환각, 집안 환경관리, 의사소통)이었다. 보건소의 보건교육실에서 연구자와 훈련된 연구보조자가 치매노인 가족부양자들에게 유인물을 나누어 주고 궤도를 사용하여 60분 강의와 30분 질의응답을 실시하여 가족부양자 상호간에 의견을 나누고 연구자와 연구보조자에게 치매노인들 부양 시 의문점을 질문하도록 하였다. 치매교육실시시 치매노인 가족부양자들에게 좀 더 효과적으로 하기 위하여 레크리에이션을 첨가하였으며 답례품으로 작은 선물을 준비하여 제공하였다. 대조군에게는 4개월 후에 치매교육을 실시하기로 약속하였으며 답례품은 똑같이 제공하였다

5. 연구도구

연구도구는 치매노인과 가족부양자의 특성, 부양동기, 사회적 지지, 간호방법으로 구성하였다. 사회적 특성은 사회적 지지를 제공하는 유효한 조직망으로 지지망의 크기, 근접성, 접촉빈도, 밀도, 안정성, 동질성인데 본 연구에서는 Park[12]의 사회적 지지를 기본으로 치매노인 가족부양자가 이용하는 시설, 도움 받고 있는 사람, 도움 받고 있는 내용으로 분류하여 구조적측면만을 측정하였고 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .92$ 였다. 부양동기는 Jeong 등[13]의 『2001년도 노인장기요양보호서비스 욕구조사』에서 부양동기를 자식으로 모셔야 하기 때문에, 종교적 신앙 때문에, 가문의 명예를 위해서, 우리 자식들의 모델이 되기 위해서, 노인에게 보답하는 마음으로, 내가 부양하면 다른 가족이 편하므로, 며느리라는 신분 때문에 7개 항목을 측정하였으나 본 연구에서는 2개 항목 노인이 불쌍하고 가여워서, 노인을 사랑하기 때문에 2개 항목을 추가하여 9항목을 측정하였고 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .74$ 였다. 간호방법은 치매노인 가족부양자들이 알고 싶어 하는 내용과 Cho 등[3]에서 발간한 ‘치매상담 매뉴얼(상담요원용)’과 ‘치매를 이겨내는 첫걸음(가족용)’ 등 각종 홍보물 등을 참고하여 목욕과 위생, 의복 갈아입기, 화장실 사용과 실금, 식사, 배회, 피해망상과 물건 감추기, 배회, 도둑망상과 물건 감

추는 행동, 망상과 환각 30문항이었다. 각 항목은 5점 척도로 측정하였으며 점수가 높을수록 간호를 잘하는 것을 의미한다. 신뢰도는 교육 전에는 .85, 교육 직후에는 .87, 교육 2주 후에는 .82, 교육 4주 후에는 .82로 나타났다. 타당도는 간호학 교수 3인, 보건소 간호사 2인과 예비조사를 실시하여 수정·보완하였고 CVI는 .85로 나타났다.

6. 자료분석

수집된 자료는 기호화하여 컴퓨터에 입력한 후 SAS/WIN 프로그램을 이용하여 분석하였다

- 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 를 이용하여 검증하였다
- 대상자의 일반적 특성과 사회적 특성, 부양이유는 백분율과 평균을 이용하여 분석하였다.
- 실험군과 대조군의 일반적 특성, 교육 전 제 변수에 대한 동질성 검증은 t-test, χ^2 -test로 분석하였다
- 실험군과 대조군의 시간경과에 따른 간호방법의 차이를 검증하기 위해서는 평균, 표준편차, Repeated measure ANOVA, 시기간의 차이를 분리하여 검증하기는 Simple main effect, Time contract test를 이용하여 분석하였다.

연구결과

1. 치매노인과 가족부양자의 특성

치매노인의 특성에서 성별분포는 여자가 실험군에서는 70.0%, 대조군에서는 67.2%였고 연령분포는 실험군에서 66~75세가 37.1%, 76~85세가 28.6% 순이었고 대조군에서는 66~75세가 38.8%, 76~85세가 32.8% 순이었고 평균연령은 실험군은 79.2세 대조군은 78.6세였다. 치매정도는 실험군이 경도가 45.7%, 중등도가 21.4%, 대조군에서는 경도가 50.7%, 중등도가 25.4% 순이었다. 치매원인은 실험군에서 알츠하이머가 45.7%, 뇌혈관성이 25.7%, 대조군에서는 알츠하이머가 41.8%, 뇌혈관성이 31.3%였다. 치매노인 가족 부양자에서는 성별분포는 실험군에서 여자가 80.0%, 대조군에서는 여자가 67.2%였다. 연령분포는 실험군에서 61~70세가 27.1%, 대조군에서는 41~50세가 29.9%, 노인과의 관계는 실험군에서는 며느리가 47.1%, 대조군에서도 며느리가 35.8%, 결혼상태는 실험군에서는 기혼이 75.7%, 대조군에서도 기혼이 86.6%, 종교는 실험군에서는 없다가 41.4%, 대조군에서는 기독교를 믿은군이 41.8%, 건강상태는 보통이다가 실험군에서는

40.0%, 대조군에서는 43.3%, 부양기간은 실험군에서는 13~36개월이 37.1%, 대조군에서는 12개월 이내가 44.8%, 하루 부양시간에서는 실험군에서는 6시간이내가 48.6%, 대조군에서는 40.3%로 가장 많았고 평균부양기간은 5.1년이었고 일일 평균부양시간은 12.2시간이었다. 치매노인과 가족부양자 특성에서 치매노인의 성($\chi^2=5.03$, $p=.721$), 나이($\chi^2=0.13$, $p=.106$), 치매정도($\chi^2=1.62$, $p=.654$), 치매원인($\chi^2=9.37$, $p=.148$)과 치매노인가족부양의 성($\chi^2=2.91$, $p=.784$), 연령($t=1.55$, $p=.232$), 노인과의 관계($\chi^2=6.93$, $p=.106$), 결혼상태($\chi^2=8.63$, $p=.057$), 종교($\chi^2=6.86$, $p=.238$), 건강상태($t=1.35$, $p=.328$), 부양기간($t=1.52$, $p=.573$), 하루 부양시간($t=1.01$, $p=.800$)에서 실험군과 대조군 간에 통계적으로 유의한 차이가 없어 동질성이 검증되었다(Table 1-1, Table 1-2).

2. 치매노인 가족부양자의 사회적 특성과 부양이유

치매노인 가족부양자의 사회적 지지와 부양이유에서 이용하고 있는 시설은 실험군에서는 보건소가 57.1%, 대조군에서는 병원정신과가 50.7%로 가장 많았다. 도움을 받고 있는 사람에서는 실험군에서는 친구가 31.4% 의사가 28.6%, 순이었고 대조군에서는 의사가 50.7%로 가장 많았다. 부양 시 상담하는 사람은 실험군에서는 전문인에서는 의사가 41.4% 약사가 34.3% 간호사가 24.3%, 비전문인 중에서는 가족이 60%였다. 대조군에서는 전문인 중에서는 의사가 65.5% 간호사가 28.5%였고, 비전문인에서는 가족이 52.2%였다. 도움을 받은 시간은 실험군은 1~3시간이 50%, 대조군에서는 5시간 이상이 44.8%로 가장 많았다. 치매에 관한 지식이나 정보제공은 실험군에서는 이웃사람이 32.9%, 방송은 28.6%였고 대조군에서는 전문가가 26.9% 방송이 25.4% 순으로 많았다. 사회적 지지에서 이용하고 있는 시설($\chi^2=2.12$, $p=.145$), 도움 받고 있는 사람($\chi^2=3.87$, $p=.049$), 부양 시 상담하는 사람에서 전문인($\chi^2=2.94$, $p=.086$), 비전문인($\chi^2=2.37$, $p=.123$), 도움 받은 시간($t=2.08$, $p=.455$), 치매에 관한 지식이나 정보출처($\chi^2=1.47$, $p=.801$)가 실험군과 대조군 간에 통계적으로 유의한 차이가 없어 동질성이 검증되었다. 치매노인가족부양자의 부양이유는 실험군에서는 “노인이 불쌍해서”가 17.1%로 가장 많았고 “노인을 돌봐야 하는 책임감으로”가 15.7%, “노인을 사랑하므로”가 14.3%였다. 대조군에서는 “노인이 불쌍하고 가여워서”가 17.5%로 가장 많았고 그다음은 “자식으로 모셔야 하기 때문에”가 14.6% “노인을 사랑하므로”와 “노인에게 보답하기 위해서”가 각각 13.1%였다. 치매노인 가족부

Table 1-1. Characteristics of Dementia Patients

Characteristics	Categories	Exp. (n=70)	Cont. (n=67)	Total (n=137)	χ^2 or t	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Gender	Male	21 (30.0)	22 (32.8)	43 (31.4)	5.03	.721
	Female	49 (70.0)	45 (67.2)	94 (68.6)		
Age (year)	≤65 age	12 (17.1)	11 (16.4)	23 (16.8)	0.13	.106
	66~75	26 (37.1)	26 (38.8)	52 (38.0)		
	76~85	20 (28.6)	22 (32.8)	42 (30.7)		
	≥86	12 (17.1)	8 (11.9)	20 (14.6)		
	Mean: 79.2	Mean: 78.6				
Level of dementia	Mild	32 (45.7)	34 (50.7)	66 (48.2)	1.62	.654
	Moderate	15 (21.4)	17 (25.4)	32 (23.4)		
	Severe	14 (20.0)	11 (16.4)	25 (18.2)		
	Extreme	9 (12.9)	5 (7.5)	12 (10.2)		
Cause of dementia	Alzheimer	32 (45.7)	28 (41.8)	60 (43.8)	9.37	.148
	CVA	18 (25.7)	21 (31.3)	39 (28.5)		
	Alcoholic	11 (15.7)	8 (11.9)	19 (13.9)		
	Subtotal	61 (87.1)	57 (85.1)	118 (86.1)		
	Post-traumatic	6 (8.6)	4 (6.0)	10 (7.3)		
	DPD	3 (4.3)	5 (7.5)	8 (5.8)		
	Post-anoxic	0 (0.0)	1 (1.5)	1 (0.7)		
	Subtotal	9 (12.9)	10 (14.9)	19 (13.9)		

Exp. =experimental group; Cont. =control group; DPD=depressive pseudo-dementia.

양자가 부양하는 이유에서는 자식으로 모셔야 하기 때문에 ($\chi^2=6.62, p=.249$), 종교적 신앙 때문에($\chi^2=3.33, p=.648$), 가문의 명예를 위해서($\chi^2=5.38, p=.370$), 우리 자식들의 모델이 되기 위해서($\chi^2=4.25, p=.513$), 노인에게 보답하는 마음으로($\chi^2=5.56, p=.350$), 내가 부양하면 다른 가족이 편하므로($\chi^2=4.01, p=.547$), 며느리라는 신분 때문에($\chi^2=5.00, p=.414$), 노인이 불쌍하고 가여워서($\chi^2=5.30, p=.380$), 노인을 사랑하기 때문에($\chi^2=4.17, p=.524$)가 실험군과 대조군 간에 통계적으로 유의한 차이가 없어 동질성이 검증되었다 (Table 2).

3. 간호방법에 대한 동질성검증

간호방법의 각 항목에 대한 동질성을 검정한 결과는 Table 3과 같다. 간호방법은 실험군과 대조군 간에 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않아서 동질성이 검증되었다.

4. 간호방법에 대한 치매교육 프로그램의 효과 검증

연구가설을 검증하기 위하여 Repeated measure AVOVA 로 분석한 결과 시간경과에 따른 실험군과 대조군 간의 간호

방법은 유의한 차이($F=27.13, p<.001$)를 나타냈고, 집단 내 시간의 경과에 따라서도 간호방법이 통계적으로 유의한 차이 ($F=24.38, p<.001$)를 나타냈다. 또한 시간경과와 집단 간 상호작용에서도 간호방법은 유의한 차이($F=13.43, p<.001$)가 있는 것으로 나타나서 연구가설은 지지되었다(Table 4-1).

시간경과와 집단 간의 효과를 구체적으로 측정하기 위하여 Simple main effect로 분석한 결과는 Table 4-2와 같다. 실험군과 대조군의 시간경과에 따른 간호방법의 차이를 보면 실험군은 시간경과에 따라 유의한 차이($F=27.05, p<.001$)가 있는 것으로 나타났으나 대조군은 시간경과에 따라 유의한 차이($F=3.68, p=.064$)가 없는 것으로 나타났다.

실험군과 대조군의 시간경과(교육 전, 교육 직후, 교육 2주 후 교육 4주 후)에 따른 간호방법의 차이를 분리해서 알아보기 위하여 Time contrast test로 분석한 결과는 Table 4-3과 같다. 실험군은 교육 직전-교육 직후 조사 간($F=8.33, p<.001$), 교육 전-교육 2주 후 조사 간($F=8.01, p<.001$), 교육 전-교육 4주 후 조사 간($F=13.43, p<.001$)에서는 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으나 교육 2주 후-교육 4주 후 조사 간($F=1.08, p=.343$)에서는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 대조군에서는 교육 전-교육 직후 조사 간($F=2.39, p=.147$), 교육 전-교육 2주 후 조사 간($F=0.10, p=.915$), 교육

Table 1-2. General Characteristics of Family Caregivers on Dementia Patient

Characteristics	Categories	Exp. (n=70)	Con. (n=67)	Total (n=137)	χ^2 or t	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Gender	Male	14 (20.0)	22 (32.8)	36 (26.3)	2.91	.784
	Female	56 (80.0)	45 (67.2)	101 (73.7)		
Age (year)	≤ 40	8 (11.4)	14 (20.9)	22 (16.1)	1.55	.232
	41~50	16 (22.9)	20 (29.9)	36 (26.3)		
	51~60	15 (21.4)	11 (16.4)	26 (19.0)		
	61~70	19 (27.1)	10 (14.9)	29 (21.2)		
	≥ 71	12 (17.1)	12 (17.9)	24 (17.5)		
		Mean: 58.3	Mean: 53.5			
Relationships with the dementia patient	Husband & wife	19 (27.1)	20 (29.9)	39 (28.5)	6.93	.106
	Daughter	6 (8.6)	4 (6.0)	10 (7.3)		
	Son	8 (11.4)	15 (22.4)	23 (16.8)		
	Daughter-in-law	33 (47.1)	24 (35.8)	57 (41.6)		
	Grand child	2 (2.9)	0 (0.0)	2 (1.5)		
	Relative	2 (2.9)	4 (6.0)	6 (4.4)		
Marital status	Unmarried	2 (2.9)	4 (6.0)	6 (4.4)	8.63	.057
	Married	53 (75.7)	58 (86.6)	111 (81.0)		
	Divorced	2 (2.9)	3 (4.5)	5 (3.6)		
	Widowed	8 (11.4)	2 (3.0)	10 (7.3)		
	Remarried	5 (7.1)	0 (0.0)	5 (3.6)		
Religion	None	29 (41.4)	22 (32.8)	51 (37.2)	6.86	.238
	Buddhist	16 (22.9)	11 (16.4)	27 (19.7)		
	Protestant	17 (24.3)	28 (41.8)	45 (32.8)		
	Catholic	3 (4.3)	4 (6.0)	7 (5.1)		
	Other	5 (7.1)	2 (3.0)	7 (5.1)		
Health status	Extremely good	2 (2.9)	5 (7.5)	7 (5.1)	1.35	.328
	Good	23 (32.9)	23 (34.3)	46 (33.6)		
	Fair	28 (40.0)	29 (43.3)	57 (41.6)		
	Poor	15 (21.4)	7 (10.4)	22 (16.1)		
	Extremely poor	2 (2.9)	3 (4.5)	5 (3.6)		
Caregiving period (month)	≤ 12	16 (22.9)	30 (44.8)	46 (33.6)	1.52	.573
	13~36	26 (37.1)	19 (28.4)	45 (32.8)		
	37~60	13 (18.6)	8 (11.9)	21 (15.3)		
	≥ 61	15 (21.4)	10 (14.9)	25 (18.2)		
		Mean: 5.1 years				
Daily caregiving time (hour)	≤ 6	34 (48.6)	27 (40.3)	61 (44.5)	1.01	.800
	7~12	20 (28.6)	22 (32.8)	42 (30.7)		
	13~18	2 (2.9)	3 (4.5)	5 (3.6)		
	19~24	14 (20.0)	15 (22.4)	29 (21.2)		
		Mean: 12.2				

Exp.=experimental group; Cont.=control group.

전-교육 4주 후 조사 간(F=0.18, p=.724)교육 2주 후-교육 4주 후 조사 간(F=0.49, p=.620)에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 치매노인을 가정에서 간호하는 경우 간호방법을

향상시켜 치매노인가족 부양자의 부담감을 감소시키기 위한 목적으로 치매교육을 실시한 후 그 효과와 유지 기간을 파악 하였다. 치매노인을 돌보는 가족들은 치매노인을 돌보는데 필요한 교육이나 사회화 과정 없이 부양자 역할을 수행하게 되어 신체적 정서적 사회적으로 많은 스트레스를 경험하게 된다. 이러한 스트레스를 극복하기 위해서는 여러 가지 간호방법이 필요하게 되므로 전문가들로부터 적절한 간호방법을 교

Table 2. Social Supports and Caregiving Reasons of Family Caregivers on Dementia Patient

Characteries	Categories	Exp. (n=70)	Con. (n=67)	Total (n=137)	χ^2 or t	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Facilities used	Public health facility	40 (57.1)	16 (23.9)	56 (40.9)	2.12	.145
	Short-term Care facility	0 (0.0)	2 (0.0)	2 (1.5)		
	Psychiatry department at hospital	10 (14.3)	3 (50.7)	44 (32.1)		
	Others	20 (8.6)	15 (22.4)	35 (25.5)		
Helpers	Doctor	20 (28.6)	34 (50.7)	54 (39.4)	3.87	.049
	Nurse	13 (18.6)	13 (19.4)	26 (19.0)		
	Paid caregiver	1 (1.4)	2 (3.0)	3 (2.2)		
	Friend	22 (31.4)	8 (11.9)	30 (21.9)		
	Relative	13 (18.6)	0 (0.0)	13 (9.5)		
	Neighbor	1 (1.4)	1 (1.5)	2 (0.5)		
	Volunteer	0 (0.0)	9 (13.4)	9 (6.6)		
Consultants	Doctor	29 (41.4)	44 (65.5)	73 (53.3)	2.94	.086
	Pharmacist	24 (34.3)	4 (6.0)	28 (20.4)		
	Nurse	17 (24.3)	19 (28.5)	36 (26.3)		
	Family	42 (60.0)	35 (52.2)	77 (56.2)	2.37	.123
	Relative	11 (15.7)	11 (6.4)	22 (16.1)		
	Neighbor	12 (17.1)	13 (19.4)	25 (18.2)		
	Other families dementia patient	3 (4.3)	2 (3.0)	5 (3.6)		
	Religious personnel	2 (2.9)	6 (9.0)	8 (5.8)		
Hours needed for receiving help	< 1	11 (15.7)	9 (13.4)	20 (14.6)	2.08	.455
	1~3	35 (50.0)	17 (25.4)	52 (38.0)		
	3~5	15 (21.4)	11 (16.4)	26 (19.0)		
	> 5	9 (12.9)	30 (44.8)	39 (28.5)		
Providing knowledge & Information	Book & magazine	8 (11.4)	6 (9.0)	14 (10.2)	1.47	.801
	Newspaper	2 (2.9)	6 (9.0)	8 (5.8)		
	Broadcast	20 (28.6)	17 (25.4)	37 (27.0)		
	Neighborhood	23 (32.9)	11 (16.4)	34 (24.8)		
	Professional	13 (18.6)	18 (26.9)	31 (22.6)		
	Other families of dementia patient	4 (5.7)	9 (13.4)	13 (9.5)		
Caregiving reasons of family caregivers	Because you are attendance as children	10 (14.3)	10 (14.9)	20 (14.6)	6.62	.249
	Because of religious beliefs	3 (4.3)	3 (4.5)	6 (4.4)	3.33	.648
	For the honor of the family	1 (1.4)	3 (4.5)	4 (2.9)	5.38	.370
	To become a model of our children	7 (0.0)	8 (11.9)	15 (10.9)	4.25	.513
	Because you repay the elderly	9 (12.9)	9 (13.4)	18 (13.1)	5.56	.350
	For the honor of the family	7 (10.0)	8 (11.9)	15 (10.9)	4.01	.547
	Because of the identity of daughter-in-law	11 (15.7)	5 (7.5)	16 (11.7)	5.00	.414
	The elderly is poor and sorry	12 (17.1)	12 (17.9)	24 (17.5)	5.30	.380
	Because you love the elderly	10 (14.3)	9 (13.4)	19 (13.9)	4.17	.524

Exp. =experimental group; Cont. =control group.

Table 3. Homogeneity Verification of Variables Before Dementia Education between Experimental Group and Control Group (N=137)

Variables	Exp. (n=70)	Cont. (n=67)	t	df	p
	M±SD	M±SD			
Caregiving intervention	85.8±9.31	87.2±8.15	0.95	135	.342

Exp. =experimental group; Cont. =control group.

Table 4-1. Repeated Measure Anova on Caregiving Intervention (N=137)

Source	Categories	ss	df	MS	F	p
Between subject	Group	175.69	1	175.69	27.13	< .001
	Error	859.95	135	6.37		
Within subject	Time	379.29	3	126.43	24.38	< .001
	Time × Group	102.45	3	34.15	13.43	< .001
Error		874.08	405	2.16		

Table 4-2. Simple Main Effect Caregiving Intervention of Experimental Group and Control Group (N=137)

Source	SS	df	MS	Before	Shorty after	2 wks after	4 wks after	F	p
Experimental group	6,366.63	69	92.27	85.75	98.27	96.14	94.27	27.05	< .001
Control group	1,941.72	66	29.42	87.17	87.25	89.94	90.35	3.68	.064

Table 4-3. Time Contract Analysis Caregiving Intervention of Experimental Group and Control Group (N=137)

source	Categories	ss	df	MS	F	p
Experimental group	Before - Shorty after	236.25	1	236.25	8.33	< .001
	Error	162.15	69	2.35		
	Before -2 wks after	215.28	1	215.28	8.01	< .001
	Error	179.43	69	2.47		
	Before -2 wks after	323.24	1	323.24	13.43	< .001
	Error	249.12	69	249.12		
	Before -4 wks after	3.43	1	3.43	1.08	.343
	Error	404.34	69	5.86		
Control group	Before - Shorty after	1.24	1	1.24	2.39	.147
	Error	18.48	66	0.28		
	Before -2 wks after	3.73	1	3.73	0.10	.915
	Error	11.56	66	0.45		
	Before -4 wks after	1.45	1	1.45	0.18	.724
	Error	63.36	66	0.96		
	2wks afte r-4 wks after	1.83	1	1.83	0.49	.620
	Error	194.04	66	2.94		

육반아 간호방법을 향상시켜야 한다.

최근 치매 환자가 증가되면서 치매가 무엇인가, 치매노인을 어떻게 간호 할 것인가에 대해 알고 싶어 하는 관심이 증가되었고 특히 치매노인을 간호하고 있는 가족들은 관심이 높으나 보건소에서 구체적인 치매교육이 이루어지지 않아 이들에 대한 욕구충족이 이루어지지 않고 있다. 치매교육 내용은 가족 부양자들이 알고자 하는 내용들로 목욕시키는 방법과 이닦기, 세수 등과 화장실에서 대변을 어떻게 처리할 것인가였다.

특히 며느리들은 도둑누명을 쓰는 경우와 밥을 먹고도 다시 밥을 먹겠다고 하며 반찬을 제대로 먹지 못하는 것이었다. 그리고 집안에서 치매노인이 있는 경우 안전하게 간호하기 위해서는 환경관리를 어떻게 할 것인가와 치매노인과 말을 어떻게 주고 받아서 의사소통을 할 것인가였다.

치매교육 시 교육자료는 팜플렛과 퀘드였는데 퀘드를 만들 때 가족부양자들의 기억속에 남도록 하기 위하여 색종이와 모형들을 사용하여 만들었다. 제1회 치매교육은 치매의 정의와

인지와 기억장애 및 문제행동과 간호방법 등이었다. 교육 시 가족부양자들이 집에서 흔히 경험하는 인지장애와 문제행동, 간호방법 등을 예를 들어가면서 설명하여 이해를 쉽게 하도록 하였다. 가족부양자들끼리도 서로 자기소개하고 자기문제를 이야기하면서 해결책을 같이 나누도록 하였다. 교육직후 즉시 모임을 만들어 계속 만나기로 약속하면서 치매노인을 간호하는 것이나 혼자만의 일이 아니고 또 다른 동지자들이 있다는 사실로 서로 간에 동질성을 형성하여 좀 더 적극적으로 치매노인을 간호하자고 하였다. 또한 가족부양자들은 농촌에 살고 있기 때문에 치매에 대한 궁금증을 많이 갖고 있어서 정상건강증과 치매의 차이를 구분하게 하였고 치매 중에서 가장 많은 알츠하이머와 뇌혈관성을 확실히 알도록 하였다. 치매를 확실히 이해함과 동시에 치매노인간호에 대한 훈련서비스가 이루어져야 한다. 앞으로는 치매에 대한 좀 더 깊은 지식과 장기간의 교육을 실시한 후 모의 실험이나 주간보호 시설이나 단기보호시설에 치매노인과 동반 입소하여 부양실습훈련을 받게 하는 것도 좋다고 생각한다. 질의응답시간의 질문내용들은 집안에서 왔다 갔다 하며 걸어 다니거나, 혼자 집을 나가 목적 없이 헤매다가 미아가 되기도 하며 아무 곳에서나 배변을 보고 대변을 만지작거리기는 것들이다. 그리고 옷 보따리를 싸들고 나가 바로 집 앞인데도 집주소가 적힌 종이쪽지를 지나가는 사람에게 내보이며 자신을 집에도 데려다 달라고 눈물을 글썽이거나, 내 고향이 북쪽인데 기차를 타고 가야 하니까 빨리 기차 타는 곳으로 보내달라고 가족들에게 호통을 치는 경우들이었다. 큰소리로 떠들고 아무것이나 닦치는 대로 먹으며 필요하지 않은 물건을 길거리에서 주어 집안으로 가지고 들어오거나, 물건이 보이는 대로 모아두는 행동 등을 하여 주위사람들을 난처하게 만드는 경우들이었다. 그리고 집에서 누워 있다가도 “여기는 내 집이 아니야 빨리 가봐야 해”하거나 “집에 가고 싶어” 하고 울부짖기도 하고 식사를 했는데도 불구하고 “왜 밥을 주지 않느냐?”고 투정을 부리기도 하며 계속 뒤꽂무니를 따라 다니며 배고파 죽겠으니 먹을 걸 달라고 귀찮게 하는 것들이었다. 그리고 옷을 입지 않고 알몸으로 길거리나 거실에서 방황하거나 자위행위나 신체접촉 등을 시도할 때의 간호방법들이었다.

치매노인의 간호방법은 일상생활에서 필요한 기본동작으로 가족부양자들이 경험한 내용을 포함하였다. 가족구성원을 대상으로 한 중재연구에는 가족부양자에 대한 교육과 자조그룹 혹은 가족상담 등의 방법이 포함되어야 하고[13] 가족부양자에게 노화과정과 치매노인을 위한 서비스 정보와 치매간호기술에 대해 교육을 시키는 것은 증가된 지식과 정보 그리

고 기술이 가족구성원의 능력을 신장시키므로 그들의 부담감과 불편감을 감소시킬 것이라고 Biegel 등[14]는 말하였다. Baldwin 등[15]은 치매노인을 돌보는 가족부양자에게 교육 프로그램과 지지/심리치료 프로그램의 효과를 알아보는 연구를 실시하였는데, 교육 프로그램의 내용은 가족체계와 가족의 스트레스와 스트레스관리법 그리고 정상적 노화와 병리적 노화의 차이였는데, 연구결과 두 가지 프로그램 모두 가족부양자의 긴장완화에 도움을 주었고 심리치료 프로그램의 효과가 교육 프로그램보다 효과가 크고 지속적이었다. Lee와 Kwon[5]은 치매노인과 가족의 생활상태와 복지욕구를 조사한 연구에서 치매노인 가족 부양자가 가장 어려움을 겪는 것은 간호방법에 대한 지식부족이라고 하였고, Hong 등[16]은 연구결과에서 치매에 관한 교육을 받은 후 간호지식과 간호기술의 향상이 있었다고 보고 하였는데 그중 특히 환자와의 대화방법에서 80.0%, 문제행동 조절에서 67.4%가 증가하였고 보고하였고 Lee[17]연구에서는 구조화된 치매교육으로 돌봄경험점수가 높아졌다고 하였다. 따라서 치매노인 가족부양자가 요구하는 치매교육을 하는 것이 치매노인 가족부양자의 간호방법을 향상시키는데 유효적이었으며 교육 2주 후까지 유효성이 유지되었으므로 대처방법과 마찬가지로 보다 장기적인 추후조사를 통해 교육효과가 유지되는 기간을 규명하는 것이 필요하다고 사료된다. 또한 Biegel 등[14]과 Coon 등[18]에서도 치매노인가족부양자들에 대한 교육 프로그램이 환자부양역할을 성공적으로 수행할 수 있게 해주었다고 하였다. 일본에서는 Kamijou 등[19]의 치매노인 가족개호자에 관한 의식조사에서 가족의 개호 사항이나 인지증 증상과 공적서비스의 정보 등에 대한 교육이 있으면 좋다고 하면서 치매노인 가족 부양자에 대한 교육의 필요성을 지지하였다. 보건소에서 치매가족회를 구성하여서 1개월이나 2개월에 1회씩 치매교육 강좌를 실시하면 치매노인 가족부양자들이 서로 의견 교환을 할 수 있도록 함으로써 부담감이나 스트레스가 감소되어 가족부양자들의 정신건강이 향상될 것으로 사료된다.

치매 노인 가족부양자의 특성에서 치매노인을 간호하고 있는 부양자는 대부분 여자였는데 Yang[6]연구결과와 일치하였다. 일본의 Ministry of Health, labour and Welfare[20]의 고령자백서에서는 배우자가 25.7% 자식이 20.9% 며느리가 15.2%를 차지하고 있었고 한국의 Kong 등[21]에서는 며느리가 46.4%, 배우자가 14.3%를 차지하고 있어 치매노인을 부양하는 경우 일본에서는 부인이 많고 한국에서는 며느리가 많았다. 이는 아직도 한국은 전통적 가족으로 동거하는 며느리가 주로 부양을 담당하고 일본에서는 소가족제도로 배우자가

주로 부양하고 있었다. 부양자가 치매노인의 다양한 요구를 충족시키기 위해서는 신체적 건강이 뒷받침되어야 하므로 부양자의 건강상태는 부양 수행능력을 결정하는 주요변인이다. 본 연구결과에서는 대부분 부양자들이 건강하거나 보통으로 나타나서 부양을 하는데 무리가 없었으나 Kim 등[8] 연구에서는 부양자의 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다. 치매노인 부양은 장기간이므로 좀 더 자신의 건강에 주의를 하면서 치매노인을 관리해야 한다고 생각한다. Han 등[22]의 치매노인 가족에 대한 서비스실태에서 부양기간은 5년이었고 일본의 Yuki와 Iida[23]의 연구에서는 평균부양기간이 5.1년이었으며 부양기간의 범위는 3개월에서 23년까지여서 부양기간은 한국과 일본이 비슷하게 나타났다. 치매노인 가족부양자가 이용하는 시설은 보건소와 병원정신과였고 도움을 받고 있는 사람은 대부분 의사였고 그 다음은 친구들이었다. Yoo[24] 연구에서도 사회적 지지제공자는 병원, 주간보호센터, 상담센터 순으로 가장 많았고 그 다음은 친구들이었다. 부양시 상담하는 경우에도 의사나 가족들이어서 보건소나 병원에서 좀 더 적극적으로 치매노인 가족부양자들과 유대관계를 맺어 상담이나 원조를 하여 치매노인 가족부양자들을 지지해야 한다고 생각한다. 부양자의 부양이유에 관한 연구는 소수에 불과하였는데 치매노인을 부양하는 이유는 노인이 불쌍하고 가여워서나, 자식으로 모셔야 하기 때문이 많았는데 Son 등[25]의 연구에서 부양이유는 가족으로서 “책임감 때문이 가장 높게 나타나서 부양자들이 치매노인을 부양하는 것은 노인에 대한 책임감으로 생각된다.

치매교육의 효과와 유지기간에서는 치매노인 가족부양자에게 간호방법의 증진을 위하여 치매교육을 실시한 후 그 효과를 평가한 결과 실험군의 간호방법이 대조군보다 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 이는 Hong 등[17]의 치매노인 가족부양자 43명을 대상으로 교육을 실시한 후 치매에 대한 간호방법이 향상되었다는 연구결과와 Shin[26]의 치매노인 가족부양자에게 치매교육 후 치매교육의 효과가 있었다는 연구결과와 일치하였다. 실험군의 치매노인 가족부양자들은 교육 직후에 간호방법이 유의하게 높았고 2주 후까지 유지되었고 4주 후에는 교육의 효과가 없으므로 치매교육을 2주 후에 다시 해야 된다고 사료된다. Chiverton와 Caine [27]은 실험군 20명과 대조군 20명을 대상으로 알츠하이머병 환자 배우자에게 대처기술에 대한 교육 프로그램을 적용한 후 효과를 살펴본 결과 대조군보다 교육을 받은 실험군이 유의하게 간호방법이 향상되어 독립적으로 기능할 수 있다고 보고하였다. Baldwin 등 [15]은 치매노인을 간호하는 치매노인 가족부양자를 대상으로

교육 프로그램과 지지/ 심리치료에 무작위로 할당된 후 각 프로그램의 유효성을 알아본 후 치매노인 가족부양자에게 효과가 있다고 보고하여 본 연구결과와 유사하였다.

시간 경과에 따른 실험군과 대조군 간의 간호방법의 차이는 실험군에서 교육 직전과 교육 직후($F=8.33, p<.001$), 교육 직후와 교육 2주 후($F=8.01, p<.001$), 교육 전과 교육 2주 후($F=13.43, p<.001$)에는 유의한 차이가 있어 교육 전에서 교육 2주 후까지는 시간이 경과하여도 치매교육의 효과가 있었다. 그러나 교육 2주 후에서 4주 후($F=1.08, p=.343$)까지는 유의한 차이가 없어 치매교육의 효과가 없는 것으로 나타났다. Kong[28]의 노인요양시설의 요양보호사를 대상으로 한 치매교육에서는 치매지식은 교육 직후 증가하였다가 시간이 지남에 따라 점점 감소한다고 하였고 간호방법도 교육 전에 비해 교육 후에는 통계적으로 유의하게 증가하였으나 시간이 경과함에 따라 감소한다고 하였다. 치매노인 가족부양자와 요양보호사는 일반인과 직업인으로서 차이가 있으나 치매노인을 부양함에 있어서는 같은 입장이므로 본 연구결과와 유사하였다. 따라서 치매교육의 효과는 시간이 경과함에 따라 감소하게 되므로 치매노인을 간호함에 있어 치매노인 가족부양자나 요양보호사에게 치매교육을 계속적으로 실시하여 부양 부담감을 덜 느끼도록 하여 정신건강을 향상시켜야 할 것이다

결론 및 제언

본 연구는 치매노인 가족부양자의 간호방법을 향상하기 위하여 치매교육 프로그램을 개발하여 치매노인 가족부양자에게 교육을 실시한 후 유효성과 그 유효성의 유지기간을 알기 위하여 시도되었다. 연구설계는 비동등성 대조군 전후조사의 유사실험설계이다.

연구결과 치매교육 프로그램 내용은 치매의 정의와 인지기증장애와 문제행동, 간호방법, 집안에서 환경 만들기, 의사소통이며 60분간 강의와 30분간의 질의 응답시간을 가졌다.

치매교육에 의한 간호방법의 효과는 실험군이 대조군보다 효과가 있는 것으로 나타났고 유지기간은 실험군에서 교육직후와 2주 후까지 유지되었고 4주 후에는 교육의 효과가 없는 것으로 나타났다. 따라서 치매교육의 효과는 시간이 경과함에 따라 감소하게 되므로 치매노인을 간호함에 있어 치매노인 가족부양자에게 치매교육을 계속적으로 실시하여 부양 부담감을 덜 느끼도록 하여 정신건강을 향상시켜야 할 것이다

이상의 연구결과를 근거로 하여 보건소에서는 치매노인 가족부양자의 간호방법을 향상시키기 위하여 치매가족을 대상

으로 치매교육을 월 1회 내지 2회 실시하고 치매가족회를 조직하여 치매가족회 회원 간에 의견을 교환하여야 한다. 또한 보건소 내에 치매상담 클리닉을 두어 치매가족이 어려운 문제가 있을 경우 상담할 수 있도록 해야 한다.

REFERENCES

1. Ministry of Health & Welfare. 2011-2015 Plan for aging society and population [Internet]. Seoul; Ministry of Health & Welfare. 2011 [cited 2013 September 24]. Available from: http://www.mohw.go.kr/frontnew/jb/sjb030301vw.spPAR_MENU_ID=03&MENU_ID=031601&page=19&CONT_SEQ=264573
2. Park JH. Dementia. The Keoung Hang Newspaper, 2012 December; Sect. 13.
3. Cho MJ, Kim KO, Kim MH, Kim MD, Kim BJ, Kim SK, et al. National study on the presence of dementia in Korean elders [Internet]. Seoul: Ministry of Health & Welfare. 2008 [cited 2013 September 26]. Available from: http://www.mohw.go.kr/front_ewjb/jb30301jw.jspPAR_MENU_ID=03&MENU_ID=031601&page=288CON T_SEQ=264429
4. Fongler AP, Goodrich N. Wives of elderly disabled men: The hidden patients. *The Gerontologist*. 1979;19(2):175-183.
5. Lee SH, Kwon JD. The living condition and welfare needs of demented elderly and family senile. Research Studies. Seoul: The Northern Senile Welfare Center of Seoul; 1993 March. Report No.:93-1.
6. Yang ES. A study on the utilizing of community resource and sustenance burden of the family stricken with senile dementia. *Journal of Social Welfare Development*. 2004;10(3):235-265.
7. Kim HJ. A study on the effects of yoga therapy program and dance-sport program on improving cognitive function and depression of high-risk group of dementia. *Journal of Arts Psychotherapy*. 2011;7(4):125-148.
8. Kim JS, Lee SI, Kim KT, Jeong IS, Park NH, Lee KN, et al. An investigation on the status of care-giving for the demented elderly and desire for in house care services. *The Journal of Korean Community Nursing*. 2003;14(3):385-396.
9. Oh JJ. A comparative study on the effects of an individual intervention program and a group intervention program on the demented elderly and their families. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2008;19(2):205-215.
10. Kinney JM, Stephens MA. Caregiving hassles scale: Assessing the daily hassles of caring for a family member with dementia. *The Gerontologist*. 1989;29(3):328-332.
11. Ostwald SK, Hepburn KW, Burns T. Training family caregivers of patients with dementia a structured workshop approach. *Journal of Gerontological Nursing*. 2003;29(1):37-44.
12. Park JW. A study on social support instrument development. [dissertation]. [Seoul]: Yonsei University; 1985. 127 p.
13. Jeong KH, Cho OR, Oh YH, Sun UD. Caring for the frail elderly and welfare needs of the frail and family caregivers. Korea Institute for Health and Social Affairs Research Report. 2001; p. 77-78.
14. Biegel DE, Sales E, Schulz R. Theoretical perspective on caregiving. In: Biegel DE, Sales E, Schulz T, editors. *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park, CA: Sage; 1991. p. 29-61.
15. Baldwin B, Kleeman K, Stevens G, Rasin J. Family caregiver stress: Clinical assessment and management. *International Psychogeriatrics*. 1989;1(2):185-194.
16. Hong YS, Lee SJ, Park HA, Cho NO, Oh JJ. Study on the effectiveness of care giver education program on the home care of senile dementia patients. *Journal of Korean Academic Nursing*. 1995;25(1):45-60.
17. Lee MH. The effects of the structured dementia education on the appraisal of caregiving experiences by the main family caregivers of dementia patients and on those patients's cognitive behaviors. [master's thesis]. [Busan]: Dong-Eui University; 2011. 65 p.
18. Coon DW, Thompson L, Steffen A, Sorocco K, Gallagher-Thompson D. Anger and depression management: Psycho-educational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist*. 2003;43(5): 678-689.
19. Kamijou K, Komatsu YM, Nakamura T, Ogihara Y. A Study of the feeling of caregivers of persons with dementia who have ceased to attend daycare: Care continuation and the stress of the family caregivers. *West Kyushu Journal of Rehabilitation Science*. 2009;22;55-62.
20. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, 2012 Japan. Annual Report of Ministry of Health(Thinking of social insurance) [Internet]. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, 2012 [cited 2013 September28]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12-1/dl/gaiyou>
21. Kong EH, Cho EH, Song MS. The burden and caregiving satisfaction of primary family caregivers of older adults with dementia: Cultural and non-cultural predictors. *Journal of the Korea Gerontological Society*. 2009;29(2):701-716.
22. Han EJ, Jung HY, Lee KJ. The reality of services for families with demented elderly people. *Journal of Korean Geriatric Psychiatry*. 2005;9(1):50-56.
23. Yuki M, Iida S. The affect of the care burden on relationships between family caregivers and the relative of the elderly person cared for at home in the urban community. *Journal of*

- Japan Academy of Gerontological Nursing. 1996;1(1):42-54.
24. Yoo HJ. A study on the social support for major care-givers of the elderly with dementia and their care-giving burdens. [master's thesis]. [Chuncheon]: Hanlym University; 2003. 64 p.
25. Son YJ, Kang KS, Kim SJ. The home care need and the burden of a primary family care giver with senile dementia patients. *Journal of Community Nursing*. 2000;11(2):423-440.
26. Shin MS. The effect of education program on main family member caregiving dementia older. [master's thesis]. [Gwangju]: Chonnam University; 2007. 84 p.
27. Chiverton P, Caine ED. Education to assist spouses in coping with Alzheimer's disease: A controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1989;37(7):593-598.
28. Kong EH. The effects of dementia education program on Certified geriatric Caregivers in a Nursing home. *Journal Korean Academic of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2010;19(4):349-358.